

Maciej Załuski

Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

Skała Ruminacji – opis kwestionariusza i wstępna analiza psychometryczna

The Ruminations Scale – characteristics of the questionnaire and preliminary psychometrics analysis

STRESZCZENIE

Wstęp. Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczeń, odgrywa ważną rolę w procesie adaptacji pacjenta do choroby zagrażającej zdrowiu lub choroby przewlekłej. Pielęgniarka podczas kontaktu z pacjentem może poznać jego myśli, zarówno ułatwiające, jak i utrudniające przebieg leczenia i rehabilitacji. Może również pobudzać u pacjenta procesy myślowe, powodując zmiany o charakterze rozwoju osobowego wbrew przeciwnościom losu.

Cel pracy. Wstępna charakterystyka psychometryczna narzędzia służącego do poznania procesów myślenia pacjenta, polegających na tworzeniu znaczeń choroby.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 89 pacjentów w trakcie leczenia neurologicznego, onkologicznego i chirurgicznego. Do badań wykorzystano Skalę Ruminacji oraz kwestionariusz sensu w życiu MLQ, skalę akceptacji choroby AIS oraz inwentarz wzrostu związanego z kryzysem choroby (PTGI).

Wyniki. Wyniki wstępnych badań ukazały wielorakie związki występujące pomiędzy ruminowaniem a akceptacją choroby i deklaracjami wzrostu osobowego oraz posiadaniem sensu w życiu i jego poszukiwaniem. Zaobserwowano, że intensywność ruminowania pozostaje pod wpływem wieku pacjenta oraz upływu czasu, jaki minął od zachorowania.

Wnioski. Skala Ruminacji jest narzędziem o zadowalającej rzetelności oraz trafności wewnętrznej. Analiza potwierdziła 6-czynnikową strukturę kwestionariusza. Narzędzie wymaga dalszych badań walidacyjnych.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 55–60

Słowa kluczowe: ruminowanie; adaptacja; kwestionariusz

ABSTRACT

Introduction. The meaning making focusing coping plays important role during adaptation process of patient to the serious and chronic illness. The nurse under conversation with patient can recognize patient's thoughts, that make easier and make harder treatment and rehabilitation process. She can stimulate thoughts lead to changes in the kind of personal growth too.

Aim of the study. Preliminary psychometric characteristic of research tool to recognize patient's thoughts, as meaning-making coping.

Material and methods. 89 patients during neurological, oncological and surgery treatment have been surveyed. Research tools were the following: The Ruminations Scale, The Meaning in Life Questionnaire (MLQ), The Acceptance of Illness Scale (AIS) and The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI).

Results. The results of the preliminary survey showed multiply connections between ruminations, adaptations to illness process, personal growth declarations, having the meaning in life and finding the meaning. The impact of patients age and time after illness on ruminations intensity was showed.

Conclusions. The Ruminations Scale is a research tool with satisfactory reliability and internal accuracy. The factor analysis confirmed 6-factor structure of the questionnaire. The research tool need further validation surveys (external accuracy and stability).

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 55–60

Key words: ruminations; psychological adaptation; questionnaire

Adres do korespondencji: dr n. hum. Maciej Załuski, Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków, e-mail: mzałuski@cm-uj.krakow.pl

DOI: 10.5603/PP.2016.0009

Wstęp

Istota procesu ruminowania, kategorie ruminacji i ich funkcje

Pojęcie ruminowania opisuje objaw psychopatologiczny występujący u człowieka pod postacią nawracających, mimowolnych i niechcianych myśli, niezwiązanych bezpośrednio z obecnie wykonywanymi czynnościami oraz nieprzyczyniających się do zrozumienia bieżącej sytuacji [1]. W poznawczym modelu depresji ruminowaniem określa się powtarzające, pasywne skupianie uwagi na sobie, swoich negatywnych emocjach, rozpamiętywanie wszystkich możliwych przyczyn i konsekwencji przeżywanych emocji w celu radzenia sobie z negatywnym nastrojem [2, 3]. Termin ruminowanie występuje również w psychotraumatologii, jako jeden z objawów zaburzeń stresu potraumatycznego.

Z drugiej strony, zastanawianie się nad przepływającymi w głowie myślami sprzyja ich zatrzymaniu, zreflektowaniu pod kątem przekonań, celów oraz oczekiwań od życia. Pacjent skupia się na przypuszczeniach, poszukując wśród nich źródeł dys stresu [3–5]. Chcąc go obniżyć dostrzega zmiany, jakich powinien dokonać w sposobie myślenia [6]. Refleksja pozwala zrozumieć przyczyny choroby, co działa uspokajająco i zwiększa poczucie kontroli. Wzbudzaniu pozytywnych emocji służy dostrzeganie korzystnych sytuacji towarzyszących leczeniu. Rozważne skupianie uwagi na własnych myślach jest działaniem wysoce adaptacyjnym, a nawet rozwojowym, choć momentami może wyzwalać negatywne emocje.

Ruminowanie spełnia pozytywne funkcje, jeśli myśli pacjenta skupiają się wokół problemów wywołanych chorobą lub przewidywanych zagrożeń i sposobów radzenia sobie z nimi. Przeciwnieństwem rozważnego zastanawiania się, jak inaczej nazywa się pozytywne ruminowanie, jest rozpamiętywanie, jałowe skupianie uwagi na powodach i konsekwencjach negatywnych wydarzeń. Natrętne porównywanie obecnej sytuacji z posiadanymi standardami i oczekiwaniami pogłębia poczucie rozczarowania i krzywdy. Również częste powracanie pamięcią do okresu sprzed zachorowania, spostrzeganie choroby jako źródła nieodwracalnej i niepowetowanej straty rodzi niepotrzebne emocje i nawet je podtrzymuje. Ruminowanie przekształca się w tej sytuacji w samowzmacniające się cykle negatywnego myślenia, szkodliwie wpływające na nastrój pacjenta i podkopujące nadzieję na wyleczenie [3].

Na pozytywną rolę ruminowania w procesie zmian rozwojowych będących skutkiem doświadczania kryzysu utraty zdrowia zwracają uwagę autorzy pojęcia „wzrost potraumatyczny”. Termin ten opisuje zjawisko występowania u niektórych osób pozytywnych zmian w następstwie zmagania się z niekorzystnymi

zdarzeniami życiowymi [7, 8]. Tak zwany wzrost wynikający z przeciwności losu tłumaczy się obecnością ruminacji, czyli „różnorodnych, powtarzających się myśli, zawierających poszukiwanie sensu, rozwiązywanie problemów, wspomnianie i przewidywanie przyszłości” [8]. Do zmian przyczyniają się zarówno myśli mimowolnie, powtarzające się, niechciane i podtrzymujące dystres (tzw. ruminacje intruzywne), jak i myśli zamierzone. Treścią tych pierwszych są zazwyczaj przyczyny choroby i jej objawy. Rozmyślania zamierzone służą poszukiwaniu sensu i wartości ukrytych w chorobie, dostrzeganiu pozytywnych cech osobowych i umiejętności ujawniających się w trakcie zmagania się z nią, koncentrowaniu uwagi na korzystnych zdarzeniach towarzyszących leczeniu, rozważaniu uogólnionego celu lub sensu życia oraz problemów wywołanych chorobą.

W Zrewidowanym Modelu Poznawczej Teorii Stresu i Radzenia Sobie Folkman i Park podkreśliły rolę, jaką w powstawaniu reakcji stresowej odgrywa rozbieżność pomiędzy oceną bieżącej sytuacji a posiadanymi przekonaniami i oczekiwaniami [9, 10]. Powstały wówczas dysonans jest tym większy, im więcej informacji podtrzymujących dobrostan człowieka wzajemnie wyklucza się. Źródła dys stresu są zatem powiązane z posiadaną wiedzą, oczekiwaniami i przypuszczeniami. Człowiek poważnie lub długotrwale chory nie jest w stanie radzić sobie ze stresem, stosując wyłącznie strategie zadaniowe lub regulacji emocji. W trakcie leczenia istotną rolę zaczynają odgrywać działania służące wzbudzaniu emocji pozytywnych, dających wytchnienie i odbudowujące posiadane zasoby osobowe [9]. Tym samym, ruminowanie pełnić może wiele pozytywnych funkcji powiązanych z przebiegiem adaptacji pacjenta do choroby i procesu leczenia. Jest rodzajem radzenia sobie skoncentrowanym na tworzeniu znaczeń choroby. Wspomniany sposób radzenia sobie pełni trzy funkcje: 1. służy wyjaśnieniu przyczyny choroby, powiązaniu faktu wystąpienia z poprzedzającymi ją zachowaniami pacjenta, określeniu znaczenia choroby dla dalszego życia. Funkcję tę nazwać można poszukiwaniem sensu zawartego w chorobie; 2. rozpoznaniu przez pacjenta w trakcie leczenia wszelkich korzystnych zdarzeń niezwiązanych wyłącznie z jego postępami. Jest to funkcja poszukiwania korzyści w chorobie; 3. przebudowaniu tożsamości — nabyciu nowych kompetencji, zrewidowaniu nieaktualnych przekonań, oczekiwań, priorytetów i celów życiowych — tę funkcję nazywa się wzrostem osobowym.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie narzędzia służącego do pomiaru procesów myślowych zachodzących u człowieka chorego somatycznie. Mowa o rumino-

waniu, rozumianym jako jeden ze sposobów radzenia sobie ze stresem utraty zdrowia, a polegającym na tworzeniu znaczeń choroby. Artykuł przedstawia charakterystykę psychometryczną kwestionariusza Skali Ruminacji oraz wyniki dotychczasowych badań przeprowadzonych za jego pomocą.

Opis narzędzia

Skala Ruminacji jest narzędziem powstałym w latach 2011–2014. Obecna, 20-elementowa wersja, służy do pomiaru pięciu kategorii ruminacji. Osoba badana ocenia na 4-punktowej skali typu Likerta stopień nasilenia myśli tworzących każdą kategorię. Dodatkowo, kwestionariusz bada deklarowany poziom zrozumienia przyczyny choroby oraz zastosowany sposób wyjaśniania.

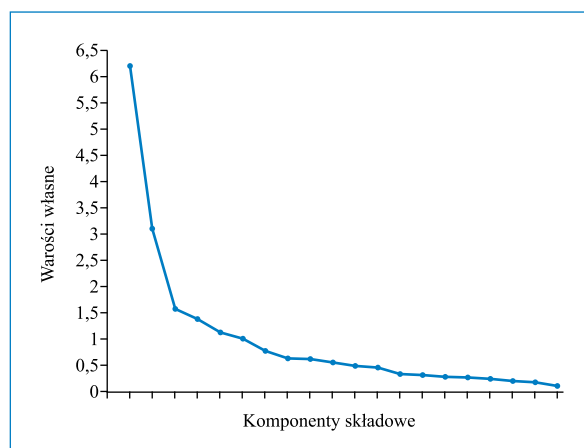
Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu Statistica 10.0 PL. Do pomiaru korelacji pomiędzy zmiennymi użyto współczynnika korelacji rang Spearmana (ρ Spearmana). Istotność różnic międzygrupowych wyliczono, posługując się testem U Manna-Whitneya dla grup o większej liczebności (Z), porównanie czterech niezależnych prób czasowych wykonano za pomocą analizy wariancji ANOVA Kruskala-Wallisa (H). Trafność wewnętrzną narzędzia wyliczono za pomocą analizy czynnikowej metodą głównych składowych. Wykorzystano również konfirmacyjną analizę czynnikową (*confirmatory factor analysis*, CFA).

Właściwości psychometryczne. Rzetelność

Rzetelność narzędzia wyliczono za pomocą oceny jego zgodności wewnętrznej. Większość stwierdzeń kwestionariusza, poza trzema, korelowało z wynikiem ogólnym powyżej 0,40 (ρ od 0,41 do 0,65, $p < 0,01$), co wskazywać może na wystarczającą moc dyskryminacyjną. Współczynnik α Cronbacha wyniósł dla całej skali 0,87 (α Cronbacha standaryzowane 0,87; średnia korelacja między pozycjami 0,26). Współczynniki wyliczone dla poszczególnych kategorii ruminacji zawierały się pomiędzy: 0,61 a 0,88.

Trafność wewnętrzną narzędzia

Ze względu na aprioryczny dobór stwierdzeń do poszczególnych kategorii ruminacji należało uzyskać empiryczne potwierdzenie jego słuszności. W tym celu przeprowadzono analizę czynnikową metodą głównych składowych. Wykonano badanie w grupie 89 osób dorosłych, w wieku 22–82 lata ($M = 52$; $SD = 18,48$). Osoby badane to pacjenci hospitalizowani z powodu chorób nowotworowych, neurologicznych i po zabiegach chirurgicznych. Zastosowano kryterium Kaisera o istotnej wartości własnej składowych powyżej 1 oraz test osypiska. Jako kryterium wyodrębnienia czynników posłużono się wartością



Rycina 1. Wykres osypiska wartości własnych kwestionariusza Skala Ruminacji

Figure 1. Scree plot of eigenvalues Ruminations Scale

ładunków czynnikowych powyżej 0,50. Rycina 1 przedstawia wykres osypiska wskazujący na 6-czynnikową strukturę narzędzia.

Tabela 1 zawiera nazwy czynników, ładunki czynnikowe, średnią korelację pozycji składających się na czynnik, wartość własną czynnika i odsetek (%) wyjaśniania całkowitej wariancji, a także rzetelność.

Rzetelność czterech czynników jest wysoka i wynosi powyżej 0,80 (czynnik 1, 2, 3 i 4), jednego nieco niższa 0,61 (czynnik 5). Rzetelność czynnika szóstego jest niepoliczalna ze względu na jedną składową, która go tworzy. Wszystkie sześć czynników korelowało znacząco z wynikiem ogólnym (ρ Spearmana kolejno: 0,74; 0,76; 0,41; 0,76; 0,57; $p < 0,01$; 0,27, $p < 0,05$). Wszystkie czynniki wyjaśniły łącznie 72,15% wariancji. Wyniki analizy statystycznej potwierdziły założenia teoretyczne dotyczące konstrukcji narzędzia. Dopasowanie modelu do rzeczywistości sprawdzono, wykonując konfirmacyjną analizę czynnikową. Uzyskano następujące wskaźniki dla modelu 6-czynnikowego: test Chi-kwadrat (χ^2) (156) = 223,54, $p < 0,000$; wskaźnik dobroci dopasowania GFI = 0,89; skorygowany wskaźnik dobroci dopasowania AGFI = 0,85; indeks Gamma populacji = 0,97; wskaźnik RMSEA = 0,04; znormalizowany wskaźnik dopasowania NFI = 0,87; wskaźnik TLI = 0,95; relatywny wskaźnik dopasowania RFI = 0,96; indeks dopasowania porównawczego CFI = 0,96.

Trafność zewnętrzną narzędzia

Trafność zewnętrzną kwestionariusza ustalono, wyliczając korelację pomiędzy wynikiem ogólnym i wynikami sześciu czynników a danymi uzyskanymi za pomocą kwestionariusza sens w życiu MLQ (*Meaning in Life Questionnaire*) [11]. Kwestionariusz MLQ mie-

Tabela 1. Ładunki czynnikowe stwierdzeń zawartych w kwestionariuszu SR oraz ich współczynniki rzetelności ($n = 89$)**Table 1.** Factor loadings of statements from Ruminations Scale and reliability factors ($n = 89$)

Nazwa czynnika	Numery stwierdzeń	Ładunki czynnikowe
1. Uporczywe kontemplowanie przyczyn choroby i jej następstw w życiu: $\alpha = 0,88$; średnia korelacja = 0,62; wartość własna = 6,20; % ogółu wariancji = 31,0	15	0,76
	16	0,79
	17	0,82
	18	0,82
	19	0,76
2. Rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby: $\alpha = 0,84$; średnia korelacja = 0,56; wartość własna = 3,11; % ogółu wariancji = 15,55	9	0,80
	12	0,68
	13	0,81
	14	0,84
3. Dostrzeganie korzyści w przebiegu leczenia: $\alpha = 0,81$; średnia korelacja = 0,69; wartość własna = 1,58; % ogółu wariancji = 7,92	10	0,86
	11	0,84
4. Intruzywne ruminowanie na temat przyczyny choroby i jej objawów: $\alpha = 0,84$; średnia korelacja = 0,52; wartość własna = 1,38; % ogółu wariancji = 6,93	1	0,69
	2	0,77
	3	0,71
	4	0,71
	5	0,55
5. Blokowanie myśli i nieustanne skupianie się na problemach powstałych na skutek zachorowania: $\alpha = 0,61$; średnia korelacja = 0,35; wartość własna = 1,13; % ogółu wariancji = 5,65	6	0,68
	7	0,74
	8	0,50
6. Uzyskanie rozumienia obecności choroby w życiu: wartość własna = 1,02; % ogółu wariancji = 5,08	20	0,84

rzy deklarowany sens w życiu osoby badanej oraz jego poszukiwanie. W pomiarze grupy pacjentów neurologicznych wynik ogólny Skali Ruminacji korelował z poszukiwaniem sensu w życiu na poziomie 0,41 (tab. 2).

Sposób przeprowadzania badań za pomocą kwestionariusza Skala Ruminacji oraz interpretacji uzyskanych wyników

Kwestionariusz jest narzędziem samoopisowym, a każde badanie należy poprzedzić instrukcją wykonania. Ze względu na zawartość merytoryczną kwestionariusza jego użycie wymaga od osoby badanej wystarczającej sprawności procesów poznawczych oraz podstawowej umiejętności zastanawiania się nad własnym życiem psychicznym (refleksyjność). Wspólne wypełnianie Skali jest kanwą do rozmowy z pacjentem wzbudzającej jego myśli, poruszającej temat sposobów radzenia sobie pacjenta skoncentrowane na tworzeniu znaczenia choroby, a także wychwytyjącej negatywne formy ruminowania w postaci uporczywego kontemplowania choroby. Kwestionariusz dostarcza danych liczbowych wyrażonych w postaci wyniku ogólnego oraz cząstkowych wyników pięciu grup ruminacji. Wyższy wynik wskazuje na większe nasilenie badanych myśli. Chcąc porównać nasilenie grup ruminacji u jednego pacjenta, należy wyliczyć

wartość średnią, dzieląc wyniki przez liczbę stwierdzeń tworzących grupę.

Wstępnie przyjęto następujące rozumienie grup ruminacji: **uporczywe kontemplowanie choroby** — pacjent, pomimo upływu czasu, nadal wraca myślami do okresu zdrowia, rozpamiętuje uczucia obecne w chwili zachorowania, zamartwia się negatywnymi zmianami w życiu oraz uporczywie zadaje pytania o przyczyny choroby; **rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby** — pacjent rozważa posiadane przekonania na temat siebie i życia, oczekiwania od życia oraz jego cele, a także formułuje konkretne wnioski dotyczące choroby; **dostrzeganie korzyści** — pacjent stara się dostrzegać pozytywne chwile towarzyszące leczeniu, drobne, korzystne sytuacje niezwiązane wyłącznie z postępami leczenia; **intruzywne ruminowanie na temat przyczyn choroby** — pacjent zaraz po zachorowaniu nieustannie i mimowolnie skupia uwagę na objawach choroby, przyczynach zachorowania, wspomnieniach z początkowego okresu leczenia; **blokowanie negatywnych myśli i przemyśliwanie problemów** — pacjent powstrzymuje się przed myśleniem wyłącznie o tym, co złe, stara się uporządkować w myślach problemy zrodzone chorobą oraz poszukuje ich rozwiązań; **uzyskanie zrozumienia** — pacjent ocenia siłę rozumienia obecności choroby w swoim życiu.

Tabela 2. Wartości korelacji rho występujących pomiędzy wynikami Skali Ruminacji i MLQ (n = 30)**Table 2.** Rho-correlations between Ruminations Scale and MLQ (n = 30)

Skala Ruminacji	MLQ obecność sensu w życiu	MLQ poszukiwanie sensu w życiu	MLQ ogółem
Uporczywe kontemplowanie	-0,10	0,37	0,12
Rozważanie sensu życia	0,30	0,79**	0,63**
Dostrzeganie korzyści	-0,16	0,26	ns
Intruzywne ruminowanie	ns	0,43*	0,24
Blokowanie myśli	0,21	0,41*	0,31
Uzyskanie rozumienia	0,17	0,14	0,24
Suma SR	ns	67**	0,42*

** p < 0,01; * p < 0,05.

Tabela 3. Średnie wartości uzyskane za pomocą Skali Ruminacji w różnych grupach pacjentów**Table 3.** Averages value SR in different groups of patients

Suma	1	2	3	4	5	6
Choroby neurologiczne (n = 33)						
27,53 (13,08)	6,8 (5,27)	5,18 (3,57)	3,72 (1,80)	7,27 (4,20)	4,72 (2,51)	2,03 (1,13)
Choroby onkologiczne (n = 17)						
38,10 (7,72)	8,17 (4,50)	7,23 (3,52)	3,76 (1,88)	11,94 (2,58)	5,29 (2,41)	1,76 (0,97)
Chirurgia ortopedyczna i internistyczna (n = 28)						
39,03 (7,92)	10,07 (3,38)	7,28 (3,21)	3,92 (1,11)	11,00 (3,12)	5,14 (1,77)	1,60 (0,95)

1 — uporczywe kontemplowanie choroby; 2 — rozważanie sensu życia; 3 — dostrzeganie korzyści; 4 — intruzywne ruminowanie; 5 — blokowanie myśli; 6 — uzyskanie zrozumienia przyczyn choroby

Dotychczasowe wyniki badań z użyciem Skali Ruminacji

W tabeli 3 przedstawiono wyniki uzyskane w badaniach trzech grup pacjentów hospitalizowanych po epizodach neurologicznych, w trakcie leczenia onkologicznego i po poważnych zabiegach chirurgicznych. Widać większe nasilenie ruminacji u pacjentów onkologicznych oraz leczonych chirurgicznie.

Zastosowanie testu istotności różnic U Manna-Whitneya ujawniło, iż pacjenci w wieku do 65. roku życia intensywniej ruminowali niż starsi ($Z = 2,33$; $p < 0,01$). Różnice dotyczyły wszystkich badanych myśli, a także trzech spośród pięciu kategorii. Osoby młodsze intensywniej ruminowały na temat sensu życia i wniosków dotyczących choroby ($Z = 2,14$; $p < 0,03$), częściej dostrzegały korzystne sytuacje pojawiające się w trakcie leczenia ($Z = 2,05$; $p < 0,03$) oraz intensywniej blokowały złe myśli i przemyślały problemy wywołane chorobą ($Z = 3,19$; $p < 0,001$).

Przeprowadzona analiza wariancji wykazała, iż intensywność rozmyślań na temat sensu życia oraz wniosków płynących z choroby pozostawała w związku z upływem czasu od chwili zachorowania H ($3, N = 75$) = 11,08; $p = 0,01$). Częściej występowały u osób badanych w okresie pomiędzy 7. a 12. tygodniem leczenia, rzadziej u pacjentów badanych w pierwszych sześciu tygodniach leczenia oraz powyżej 12. tygodnia.

Wstępne badania służące oszacowaniu zależności występujących pomiędzy ruminowaniem a poziomem akceptacji choroby i deklaracjami wzrostu osobowego ujawniły mieszane efekty. W badaniu przeprowadzonym w grupie 74 pacjentów neurologicznych i onkologicznych zastosowano Skalę Ruminacji, Skalę Akceptacji Choroby (AIS) [12] oraz Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI) [13]. Wartość korelacji oszacowano za pomocą współczynnika rho Spearmana.

Uporczywe kontemplowanie choroby współwystępowało negatywnie z poziomem akceptacji, a zarazem pozytywnie z deklaracjami wzrostowymi (odpowiednio: $-0,63$ i $0,34$; $p < 0,01$). Podobną zależność zaobserwowano w przypadku rozważania sensu życia i wyciągania wniosków z choroby oraz intruzywnego ruminowania (odpowiednio: $-0,38$ i $0,42$; $-0,55$ i $0,47$; $p < 0,01$). Blokowanie myślenia wyłącznie o tym, co złe i poszukiwanie rozwiązań problemów wywołanych chorobą współwystępowało pozytywnie z deklaracjami wzrostowymi ($0,32$; $p < 0,01$). Dostrzeganie korzyści oraz zrozumienie przyczyn choroby nie przełożyło się na wyższy poziom akceptacji choroby oraz deklaracji rozwojowych. Wyższy poziom akceptacji choroby współwystępował z mniejszym nasileniem wszelkiego rodzaju rozmyślań ($-0,61$; $p < 0,01$), podczas gdy większa liczba deklaracji rozwojowych współwystępowała z większym nasileniem rozmyślań ($0,51$; $p < 0,01$).

Wnioski

Za pomocą kwestionariusza Skala Ruminacji można myśli pacjenta od momentu rozpoznania choroby, w okresie leczenia, aż do wyzdrowienia. Dotyczą one powodów obecności choroby w życiu, służą regulacji emocji negatywnych i pozytywnych, pozwalają pacjentowi stworzyć pełny obraz choroby i leczenia, uzupełniony o pozytywne zdarzenia. Są wśród nich refleksje nad przekonaniami i oczekiwaniami oraz myśli wzbudzające troski i nasilające dystres. Narzędzie to ma wiele funkcji. Obok poznawczej, pozwala rozpoznać u chorego obecność myśli negatywnie wpływających na przebieg leczenia i podtrzymujących obniżony nastrój, jak dzieje się w przypadku rozpamiętywania i uporczywego wyjaśniania przyczyn choroby. Wypełnianie kwestionariusza ukierunkowuje myślenie pacjenta w stronę konstruktywnego radzenia sobie ze stresem oraz pobudza pozytywne emocje. Kwestionariusz jest narzędziem diagnozy pacjenta przeżywającego dystres lub kryzys utraty zdrowia, rozumiane jako rozbieżność pomiędzy oceną bieżącej sytuacji a uogólnionym rozumieniem własnego życia. Wspólne wypełnianie kwestionariusza w trakcie rozmowy z pacjentem jest formą oddziaływania terapeutycznego, gdyż normalizuje

reakcje psychologiczne pacjenta, które mogą rodzić wtórne negatywne objawy, a także pomaga dzielić się zmartwieniami i uzyskać zrozumienie. Może stymulować osobę chorą do dokonywania intrapsychicznych zmian o charakterze wzrostu osobowego.

Kwestionariusz jest w trakcie procedury walidacyjnej. Wymaga kontynuowania badań w większej grupie zróżnicowanych pacjentów, stworzenia norm oraz oceny stałości i trafności zewnętrznej.

Piśmiennictwo

1. Baryła W., Wojciszke B. Kwestionariusz Ruminacji. *Studia Psychologiczne*. 2005; 43: 5–22.
2. Ehlers A., Speckens A.E.M., Hackmann A., Ruths F.A., Clark D.M. Intrusive memories and rumination in patients with post-traumatic stress disorder: A phenomenological comparison. *Memory* 2007; 15: 249–257.
3. Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Ther. Res.* 2003; 27 (3): 247–259.
4. Carver C., Scheier M., Weintraub J. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1989; 56: 267–283.
5. Tennen H., Affleck G. Personality and transformation in the face of adversity. W: Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun L.G. (red.). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998: 65–98.
6. Yalom I.D., Lieberman M.A. Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatr.* 1991; 54: 334–345.
7. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. *Trauma & Transformation. Growing in the aftermath of Suffering*. London: SAGE Publications. 1995: 139–141.
8. Calhoun L.G., Cann A., Tedeschi R.G., McMillan J.A. Correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J. Trauma Stress* 2000; 13 (3): 521–527.
9. Załuski M., Motyka M. Model tworzenia znaczeń Crystal Park i Susan Folkman. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica* 2014; VII: 103–114.
10. Załuski M. Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczenia i adaptacja pacjenta do choroby przewlekłej – doniesienie z badań. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22; 2: 209–215.
11. Kossakowska M. Sens w życiu. Polska wersja kwestionariusza MLQ (Meaning in Life Questionnaire). *Psychologia Jakości Życia* 2013; 12 (2): 111–131.
12. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP. 2001: 168–172.
13. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7 (4): 129–142.